



**Skånes universitetssjukhus**

En del av Region Skåne

VO neurologi och rehabiliteringsmedicin

**Vårdprogram**  
**Specialiserad strokerehabmottagning,**  
**Lund**

**Rehabiliteringsmedicin**  
**VO neurologi och rehabiliteringsmedicin**  
**Skånes universitetssjukhus**

Augusti 2014

## Stroke

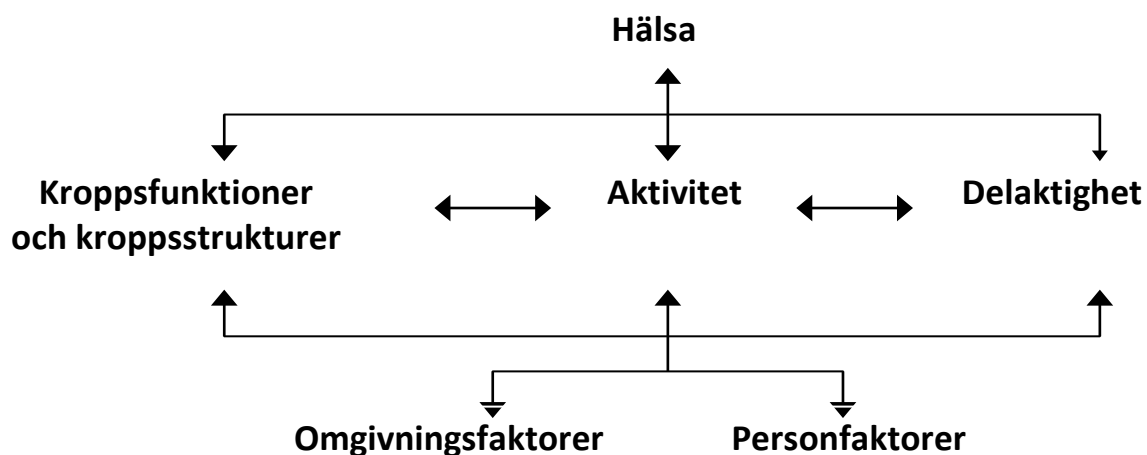
Stroke definieras av världshälsoorganisationen (WHO) som ”snabbt påkommande fokalt störning av hjärnans funktion med symtom som varar minst 24 timmar eller leder till döden, där orsaken inte uppenbarligen är annan än vaskulär”, och är en av de mest resurskrävande sjukdomarna i Sverige. Cirka 30 000 personer insjuknar årligen, av dessa är 25 000 förstagångs-insjuknande. Flertalet insjuknande är äldre personer, men även yngre drabbas. Cirka 20 % av de insjuknade är i yrkesverksam ålder<sup>1,2</sup>. Två dokument visar att incidensen för stroke ökat för yngre personer<sup>4,5</sup>. Således kan ett ökat antal personer förväntas insjukna i stroke i yrkesverksam ålder även i framtiden. Av de insjuknade får många sensomotoriska, kognitiva och/eller psykosociala funktionsbegränsningar<sup>1,2</sup> och är därmed i behov av rehabilitering. Den totala samhällskostnaden beräknas uppgå till minst 14 miljarder kronor årligen<sup>2</sup>.

## Rehabiliteringsmedicin

WHO's Klassifikation av funktionstillstånd och funktionshinder (ICF)<sup>6</sup> beskriver hälsa utifrån två områden; 1) kroppsfunktioner och kroppsstrukturer 2) aktivitet och delaktighet. Begreppen definieras enligt följande:

- 1) Kroppsfunktioner är kroppssystemens fysiologiska funktioner inklusive psykologiska funktioner, och kroppsstrukturer är anatomiska delar av kroppen såsom organ, lemmar och deras komponenter.
- 2) Aktivitet är en persons genomförande av en uppgift eller handling, och delaktighet är en persons engagemang i en livssituation.

Dessutom beskrivs miljöns påverkan som omgivningsfaktorer och personliga faktorer.



**Figur 1.** WHO international Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)<sup>6</sup>

Strokerehabilitering avser insatser som syftar till att reducera funktionsbegränsningar och skapa förutsättningar för ett normalt liv<sup>1,3</sup> det vill säga en aktiv och i samhället delaktig och väl integrerad person<sup>6,7</sup>. En god rehabilitering kräver ett interdisciplinärt arbets sätt med specialutbildad personal som arbetar evidensbaserat<sup>1,7</sup> och där patienten medverkar aktivt<sup>7</sup>.

*”Interdisciplinärt teamwork strävar efter att målsättningar, som skapats under planeringen, ska integreras utifrån de olika professionernas kunskap och patientens behov”<sup>7</sup> (s 77).*

## Område rehabiliteringsmedicin, SUS Lund

Inom område rehabiliteringsmedicin SUS, bedrivs kvalificerad rehabilitering<sup>7,8</sup>, vilket innebär att rehabiliteringen kräver särskilda resurser och är specialistledd. Rehabiliteringen sker i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Det övergripande målet med rehabiliteringen är att möjliggöra för personen att bli så aktiv och självständig som möjligt, bevara sin integritet och kunna vara delaktig i familjeliv, arbetsliv och fritid. En annan viktig del av uppdraget är att minska risken för återinsjuknande genom hälsobefrämjande åtgärder utifrån individuella behov.

### Strokerehabmottagningen

På strokerehabmottagningen bedrivs specialiserad öppenvårdsrehabilitering för personer i den subakuta fasen efter stroke. Insatserna består av teaminsatser:

#### *Arbetslivsinriktad rehabilitering*

Träffar läkare och vid behov övriga teammedlemmar för bedömning av arbetsförmåga. Tidig samverkan med försäkringskassa, arbetsgivare/arbetsförmedling.

#### *Körkortsbedömningar*

Bedömning av läkare, arbetsterapeut och neuropsykolog. Vid behov föregående ögonbedömning.

#### *Konsultbedömningar i den subakuta och kroniska fasen.*

Teambedömning med avseende på planering för vidare rehabilitering i kommun och/eller primärvård.

#### *Dagrehabilitering*

Teambaserad individuell träning under ca fyra veckor.

#### ***Inklusionskriterier:***

- Insjuknat i stroke inom ett år.
- Bor i eget boende.
- Tillhöra SUS upptagningsområde.
- Träningssmotiverad och aktivt orka medverka i behandling.
- Behov av insatser från flera yrkeskategorier i rehabiliteringsteamet.

För utförliga inklusions- och exklusionskriterier hänvisas till enhetens gemensamma rehabiliteringsprogram.

#### ***Teamet***

I litteratur finns evidens för att intensiv och specialiserad strokerehabilitering med teambaserat arbetssätt har en positiv effekt på patientens aktivitetsnivå<sup>1,10</sup>. Varje personalkategori bidrar med sin specifika yrkeskompetens.

Teamet består av:

- Arbetsterapeut
- Kurator
- Logoped
- Neuropsykolog
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Specialistläkare
- Undersköterska

### ***Bedömning, målsättning och åtgärder***

Alla åtgärder baseras på en individuell funktions- och aktivitetsanalys. Målsättning och planering sker i samråd med patient och anhöriga. Patientens rehabiliteringsmål är konkreta, mätbara och tidsbestämda. Den övergripande målsättningen är en successiv återgång till patientens vardagliga rutiner och sysselsättning.

En viktig princip för rehabiliteringen är att träna i uppgiftsorienterade aktiviteter<sup>9</sup>. För att öka patientens möjlighet att tillämpa vardagliga aktiviteter kan en del träning ske i hemmet med arbetsterapeut eller sjukgymnast. I syfte att stimulera till ökad delaktighet i samhället förläggs viss träning utanför enheten, såsom att använda allmänna kommunikationsmedel samt besöka friskvårdsanläggning. I rehabiliteringen kan ingå handledning av närstående, hemtjänstpersonal och assistenter. Handledningen syftar till att upprätthålla aktivitets- och funktionsförmåga genom att patienten är delaktig i vardagliga aktiviteter.

Tidig kontakt och samarbete med rehabiliteringsaktörer i kommun och primärvård samt kontakter med eventuell arbetsplats är också en väsentlig del av rehabiliteringsarbetet. Åtgärderna syftar till att patienten aktivt ska medverka och ansvara för sin träning och livssituation. Målen utvärderas kontinuerligt.

Rehabilitering efter stroke är ofta en långvarig process som kräver varierande insatser. Under rehabiliteringsperioden tas vid behov kontakt med andra sjukvårdsinstanser och kommunala serviceorgan i syfte att få en kontinuerlig vårdkedja. Viktigt är också information om patientföreningar och handikapporganisationer.

Innan patienten skrivs ut planeras uppföljning och fortsatt rehabilitering med rekommendationer av åtgärder.

### **Uppföljning**

Om speciellt behov föreligger kan individuella uppföljningar ske via telefon eller mottagningsbesök.

### **Utvärdering**

Databas WebRehab är under införande.

## Forskning och utveckling

I dagens strokerehabilitering<sup>1, 14</sup> betonas att metod- och kvalitetsutveckling är nödvändigt och att internationella initiativ med genomförande av mer konsekvent rehabilitering efterföljs. Inom teamet arbetas kontinuerligt med utveckling av teamarbete, metodutveckling, uppföljning etc.

Forskningsprojekt inom områdena återgång i arbete, forcerad arm/handträning och excentrisk styrketräning för nedre extremiteter finns publicerade i internationella rehabiliteringsmedicinska tidskrifter<sup>15, 16, 17</sup> samt har presenterats på internationella konferenser. En fyraårsuppföljning av intensiv, forcerad arm och handträning är publicerad i *Clinical Rehabilitation*<sup>18</sup>.

## Referenser

1. Socialstyrelsen [Internet]. Västerås: Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2009 – Stöd för styrning och ledning. 2010 June [citerad 2014 Jan 13]; Tillgänglig via: <http://www.sos.se>.
2. Borg J, Gerdle B, Grimby G, Stibrant-Sunnerhagen K. Rehabiliteringsmedicin - Teori och praktik. Lund: Studentlitteratur; 2006.
3. Norrving B. (2010). Förekomst i befolkningen.[Internet]. Vårdalinstitutets Tematiska rum: Stroke- vård, omsorg och rehabilitering. Tillgänglig via: [www.vardalinstitutet.net](http://www.vardalinstitutet.net) Tematiska rum
4. Rosengren A, Giang K W, Lappas G, Jern C, Torén K, Björck L. Twenty-four-year trends in the incidence of ischemic stroke in Sweden from 1987 to 2010. Stroke. 2013 July [citerad 2014 Jan 13]. Tillgänglig via: <http://stroke.ahajournals.org/>. DOI: 10.1161/STROKEAHA.113.001170.
5. Riks-stroke [Internet]. Analyserande rapport från Riks-stroke. För helåret 2005. 2006 [citerad 2011 Juli]; Tillgänglig via: <http://www.riks-stroke.se>.
6. Socialstyrelsen [Internet]. Stockholm: Klassifikation av funktionstillstånd och funktionshinder- kortversion. (ICF). 2007 May [citerad 2011 Juni]; Tillgänglig via: <http://www.sos.se>.
7. Socialstyrelsen. Om rehabiliteringsprocessen – innebörd och tillämpning. SoS-rapport 2000:04. Stockholm: Socialstyrelsen; 2000.
8. Rehabiliteringsmedicinska kliniken [Internet]. 2013 okt [citerad 2014 Jan 14]. Tillgänglig via: [www.skane.se/usil/rehab](http://www.skane.se/usil/rehab), [www.carf.org](http://www.carf.org).
9. Rehabiliteringsmedicinska kliniken [Internet]. Rehabiliteringsprogram Sektionen för Specialiserad Stroke- och Allmänrehabilitering. [Uppdaterad 2014 jan, citerad 2014 Jan 15]. Tillgänglig via: [http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Organisation-A-O/Rehabiliteringsmedicinska kliniken/Sektionen for specialiserad rehabilitering1/](http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Organisation-A-O/Rehabiliteringsmedicinska_kliniken/Sektionen_for_specialiserad_rehabilitering1/)
10. Pollack M R P, Disler P B. Rehabilitation of patients after stroke. Rehabilitation Medicine 2002 Okt 177: 444-448.
11. Langhorne P, Bernhardt J, Kwakkel G. Stroke Care 2. Stroke Rehabilitation. Lancet [Internet]. 2011 May [citerad 2014 Jan 14]; 377; 1693-702. Tillgänglig via: <http://www.thelancet.com>. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60325-5.
12. Vestling M, Tufvesson B, Iwarsson S. Indicators for return to work after Stroke and the importance of work for subjective well-being and life satisfaction. J Rehabil Med. 2003 Maj 35; 127-131.
13. Flansbjerg U-B, Downham D, Lexell J. Knee Muscle Strength, Gait Performance, and Perceived Participation After Stroke. Arch Phys med Rehabil. 2006 Juli 87, 974-980.
14. Brogårdh C, Sjölund B. Constraint-induced movement therapy in patients with stroke: a pilot study on effects of small group training and of extended mitt use. Clinical Rehabilitation; 2006 Mars 20: 218-227.

15. Brogårdh C, Flansbjer U-B, Lexell J. What is the long-term benefit of constraint-induced movement therapy? A four-year follow-up. *Clinical Rehabilitation* 2009 Maj 23(5): 418-23.
16. Ehnfors M. VIPS-boken: om en forskningsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen. Stockholm: Vårdförbundet; 2000.
17. AlexIT- E-hälsa applikationer. Livsstilsanalys. [Internet]. Linköping: AlexIT AB. [Citerad 2013 Dec 5]. Tillgänglig via: <https://livsstilsanalys.alexit.se/> .

**Bedömning**

På bedömningsdagen träffar sjuksköterska patient och ev. anhöriga. Bedömningen fokuserar på hälsa och livsstil utifrån ett helhetsperspektiv genom intervju med patient . Bedömning/dokumentering sker med hjälp av en VIPS utformad checklista för stroke-rehabmottagningen <sup>19</sup>. I samband med bedömning görs en profil av levnadsvanorna, utifrån Alex-IT <sup>20</sup>, enligt socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Enklare råd kan ges i samband med bedömningen och vid behov remitteras patienten till annan enhet för vidare vårdåtgärder och/eller sekundärpreventiva insatser.

Sjuksköterskan fungerar även som samordnare när det gäller inbokning av patienter till de olika besöken/bedömningarna på stroke-rehabmottagningen.

**Åtgärder**

Om patienten fortsätter i träning finns möjlighet till ett fördjupat samtal kring levnadsvanorna och detta kan då ske i form av rådgivande samtal. Sjuksköterskan finns tillgänglig som resurs för medicinska frågor och enklare medicinska problem.

Vid svårare medicinska problem rekommenderas patienten att i huvudsak kontakta primärvården. Remiss kan i vissa fall skrivas av läkare på stroke-rehabmott. Om patienten fortsätter i träning kan tid bokas hos rehab läkare på stroke-rehabmottagningen.



## Läkare (överläkare)

- Träffa patient någon gång under rehabiliteringsperioden.
- Vid behov remittera till annan undersökning/behandling/åtgärd av vikt för rehabiliteringen, exempelvis synundersökning eller ortopedtekniska hjälpmedel.
- Bedöma patientens lämplighet som bilförare och förmedla eventuell rekommendation att avstå eller förbud mot bilkörning samt för hur lång tid.
- Efterfråga ev vapenlicens och ställningstagande.
- Tillsammans med patient och övriga i teamet göra upp en rehabplanering för vårdtiden. Speciell inriktning på medicinska frågeställningar och övergripande planering. Planera utskrivningsdag och ev fortsatt träning.
- Utfärda vid behov sjukskrivningsintyg, intyg för färdtjänst, parkeringstillstånd, personlig assistent och ledsagare.
- Samtal med patienten och ev partner om sex och samlevnad.
- Vid behov åtgärda, eller remittera vidare, medicinska komplikationer t ex infektioner, trombosor, smärta och/eller depressioner.
- Under rehabiliteringsperioden samtala med patienten om riskfaktorer och hjälpa till att minska dessa om möjligt.
- Tillsammans med patienten och teamet planera för fortsatt träning och behandling. Skriva en slutanteckning, med sammanfattning av teamets samlade insatser under rehabiliteringsperioden, som skickas till inremitterande läkare samt till patientansvarig läkare i primärvård.

**Bedömning**

Neuropsykologisk utredning syftar till att bedöma kognitiva funktioner, eventuella störningar i dessa samt bedöma vilka funktioner som är opåverkade. Neuropsykologens ansvar är att då så är motiverat genomföra undersökningar av patienters kognitiva förmåga i samband med att de drabbats av stroke. I förekommande fall undersöks exekutiva, emotionella och personlighetsmässiga faktorer vilka till lika stor del kan påverka patienten framgent.

Undersökningen ska mynna ut i en precis beskrivning av patientens kognitiva funktionsstatus som i sin tur ska vara ett hjälpmedel för övriga yrkeskategoriers fortsatta förståelse hur patientens neurologiska åkomma påverkat hennes/hans kognitiva förmåga. En rationell rehabiliteringsplanering är många gånger beroende av kunskap och förståelse av patientens kognitiva resurser och begränsningar samt hur dessa påverkar patientens anpassning till sin nuvarande livssituation. En väl genomförd undersökning är också att betrakta som ett terapeutiskt hjälpmedel då den hos patienten bidrar till en ökad kunskap om och förståelse för sin eventuellt förändrade funktionsförmåga.

Vid utredning används väletablerade bedömningsinstrument, standardiserade och normerade som ger kvantitativa resultat, som WAIS IV, WMS III, D-KEFS, WCST, m fl. Med kvalitativa observationer, frågeformulär och skattningar kompletteras bilden av patientens svårigheter. Viktiga undersökningskriterier är minne, visuell och rumslig uppfattning, inlärning och exekutiva funktioner, så som koncentrationsförmåga, uthållighet och flexibilitet, samt vissa delar av den språkliga förmågan. Tillvägagångssättet vid problemlösning, koncentrationsförmåga, uthållighet och graden av insikt uppmärksammas också.

I regel kommer patienten till mottagningen för utredning vid 2 tillfällen, ca 1 tim/gång. Utöver denna tid avsätts tid för planering, tolkning av testresultat (såväl kvantitativ som kvalitativ analys av testresultat, beteende etc), skriftligt utlåtande (skrivs som journalanteckning) samt feedback till patienten vid ytterligare ett mottagningsbesök.

**Behandling**

Någon behandling erbjuds inte.

**Övriga åtgärder**

Bland övriga åtgärder kan nämnas löpande information till teamet om resultat med den neuropsykologiska utredningen och rekommendationer till mål och uppläggning av fortsatt träning. Vid behov informeras även externa handläggare vid samordnade planeringsmöte om resultat av neuropsykologiska utredningen och möjliga förväntade konsekvenser av eventuella nedsättningar för patientens rehabilitering och återanpassning på hemmaplanet. Vid påtagliga tecken på nedstämdhet eller ångestproblematik och patientens samtycke remitteras patienten vidare för psykologiska insatser på hemorten.

## Logoped

### Bedömning

Bedömning sker genom intervju av personen eller vid nedsatt kommunikations-förmåga med hjälp av närstående samt genom test för att fastställa aktuella nedsättningar beträffande

- **Språkförmåga – Afasi ( Talförståelse, Läsförståelse, Tal, Skrivförmåga)**
- **Talproduktion – Dysartri**
- **Röstfunktion**
- **Ät - och sväljförmåga - Dysfagi**

Exempel på bedömningsinstrument vid afasi är

- **GNU**
- **PAPAP**
- **a-NING**
- **SBP, Skånes BenämningsPrövning**
- **Boston Naming Test**
- **Token Test**

Exempel på bedömningsinstrument vid dysartri är

- Hartelius & Svenssons Dysartritest. Bedömn av Andning, Fonation, Oralmotorik, Artikulation, Prosodi, Förståelighet.
- Klinisk bedömning i samband med inspelning av röst och tal. Bedömn av röststyrka, röstklang, röstläge.

Vid dysfagi klinisk sväljningsbedömning samt vid behov remiss för sväljningsröntgen, VRG resp FUS, fiberendoskopisk sväljningsbedömning.

### Behandling/Åtgärder

Afasibehandling kan vara

- Symtombaserad terapi
- Återuppbyggnad av funktionella system
- Kommunikationsträning
- Sociala åtgärder

Dysfagibehandling kan utgöras av

- Kompensatoriska strategier (Matkonsistenser, Kroppställningar)
- Terapier (Indirekt terapi, Direkt terapi)

Dysartribehandling

- Direkt logopedisk träning av motoriken i talapparaten
- Information om handikappet t personen och anhöriga samt råd f bättre förståeligt i talet
- Utskrivning av kommunikationshjälpmedel

## Sjukgymnast

### Bedömning

Målet med den sjukgymnastiska bedömningen är att få en helhetsbild av patientens funktion och aktivitetsförmåga med rörelse som ett centralt begrepp. Begreppet rörelse omfattar rörelseförutsättningar, rörelseförmåga och rörelsebetende. Bedömningen består både av manuell undersökning av patientens kroppsfunktioner, samt analys av patienten i rörelse och aktivitet. Hänsyn tas även till omgivnings- och personfaktorers påverkan på aktivitet.

Funktionsanalysen innehåller bl.a.

- Förflyttningar: Tex gång, förflyttning med rullstol, korta förflyttningar till och från säng/toalett, upp-ned från golv, långa förflyttningar inom- och utomhus.
- Postural kontroll: test av fallskyddsreaktioner, statisk och dynamisk balans i olika utgångspositioner.
- Motorik: förmåga till aktiva rörelser, motorisk kontroll, koordination.
- Muskeltonus: bedömning av eventuell spasticitet, eller hyper-/hypoton muskulatur.
- Sensorik: Undersökning av pats förmåga att uppfatta ytlig beröring och ledposition, värme/kyla, samt smärta.
- Ledrörlighet: Mätning av passiv rörlighet, muskelstramhet, bedömning av risk för kontrakturer.
- Styrka och uthållighet: test av grov kraft, muskulär och kardiovaskulär uthållighet.
- Kognitiv funktion: Sjukgymnasten deltar i bedömning av patientens rumsuppfattning, kroppsuppfattning, minne, förmåga att förstå instruktioner/tal och att uttrycka sig.

Exempel på bedömningsinstrument: Bergs balansskala, M-MAS UAS-99, 10 m gång, 6 min gångtest, TUG.

### Behandling/åtgärder

Behandling vid stroke syftar till återinläring av rörelser med syfte att uppnå ett så normalt och ändamålsenligt rörelsemönster som möjligt.

Träningen är målinriktad och individuellt anpassad baserad på patientens egna önskemål och behov. Specifika delmoment tränas men också olika aktiviteter sk uppgiftsspecifik träning med tillämpning i reella miljöer.

Behandlingen innehåller träning både på funktions- och aktivitetsnivå.

Exempel på åtgärder på funktionsnivå är träning av:

- Styrka
- Rörlighet
- Balans
- Töjningar av stram/tonusökad muskulatur
- Kondition/uthållighet

Exempel på åtgärder på aktivitetsnivå är träning av:

- Olika korta och långa förflyttningar inom- och utomhus, som t.ex. i och ur säng, på toalett, i och ur bil, gång, trappgång, rullstolsteknik.

### Övriga åtgärder

Undervisning av personal och anhöriga. Hembesök. Utprovning av hjälpmedel som t.ex. rullstol, olika gånghjälpmedel som rollator, 4punktsstöd, kryckkäpp.

Tillsammans med ortopedingenjör bedömning och utprovning av ortopedtekniska hjälpmedel.  
Planering tillsammans med patienten angående fortsatt träning, samt eventuell  
översäkring till sjukgymnast på hemorten.

## Arbetsterapeut

### Bedömning

Bedömning sker genom intervju och observation vad det gäller:

- **Personliga dagliga aktiviteter** (personlig vård, förflyttning och att klara sig i samhället)
- **Produktiva aktiviteter** (arbete, hushållsarbete och utbildning)
- **Fritidsaktiviteter** (stillsam, aktiv fritid och social samvaro)

Arbetsterapeuten analyserar personens förmågor och färdigheter, aktiviteternas specifika egenskaper samt miljön där aktiviteterna ska utföras.

Exempel på bedömningsinstrument är:

- COPM (Canadian Occupational Performance Measure)
- ACE-R Addenbrookes kognitiva undersökning
- AMPS (Assessment of Motor and Process Skills)
- ADL-taxonomin
- Sollermans greppfunktionstest
- WEIS (The Work Environment Impact Scale)
- AWP (Assesment of Work Performance)
- AWC ( Assesment of Work Characterisitics)
- WRI (The Worker Role Interview)

### Behandling/Åtgärder

För att en person ska kunna utföra en aktivitet måste en **samverkan äga rum mellan personens förmågor och önskemål, omgivningens resurser, krav och begränsningar samt uppgiftens/aktivitetens egenskaper.**

Arbetsterapeuten arbetar för att personen ska återfå förmåga till aktivitet.

Åtgärderna är målorienterade och kan riktas mot både personen, aktiviteten och omgivningen samt vara av olika karaktär.

- Träningen av förmågor och funktioner kan ske i en hel aktivitet eller genom att aktiviteten bryts ner och vissa förmågor tränas separat. Målet är att träna upp förmågan eller hitta ett sätt att kompensera för nedsatt förmåga.
- Förändring av aktiviteten kan göras så att den bättre passar personens förmågor och funktioner, t ex förändra miljön genom tekniska hjälpmedel och/eller bostadsanpassning, arbetsplatsbesök
- Pedagogisk intervention såsom praktisk och teoretisk information gällande ergonomi, energibesparande strategier samt aktivitetsbalans mellan aktiva och stillsamma aktiviteter.
- Instruktion/handledning till närstående personer, t ex anhöriga, personlig assistent och/eller arbetsgivare är också en vanlig åtgärd.
- Arbetsterapeuten kan bistå personen att finna nya fritidsaktiviteter om de tidigare är svåra att utföra.
- Stöd i anpassningsfasen i den nya situationen

Åtgärder på funktionsnivå kan vara:

- Arm och handträning
- Ödembehandling (kompressionshandske, lindning med cobanband, viloortos, handledsstöd).
- Kontrakturprofylax (ortoser, genomgång av töjningsövningar).
- Tonusnormaliserande övningar (töjningsövningar sittande vid bord och tillämpning i aktivitet).

**Övriga åtgärder**

Överrapportering till kommunarbetsterapeut och/eller arbetsterapeut på vårdcentral för fortsatt träning och/eller uppföljning.

## Kurator

Socionomens/kuratorns uppgifter är

- att som social expert koppla de medicinska problemen till patientens psykosociala situation och bevaka att sociala aspekter integreras i behandling och fortsatt planering
- att under vårdtiden ge stöd till patient och anhöriga i krisbearbetning samt informera, motivera och stödja i anpassning till en förändrad livssituation
- att förmedla kontakt och samverka med samhällets organ utanför sjukvården. En viktig funktion är att förstärka kanaler till socialtjänst och andra myndigheter samt att ha kunskap om och bevaka det socialrättsliga området
- att speciellt uppmärksamma barns behov av information, råd och stöd när en förälder/annan vuxen som barnet bor tillsammans med är sjuk eller oväntat avlider (enligt HSL 2g §)
- krisstödjande samtal under behandlingstiden och vid behov hänvisning till kurator/psykolog på vårdcentral
- vid eventuell ekonomiskt hjälpbehov kontakt med socialsekreterare på hemorten, och vid behov av god man kontakt med överförmyndaren
- tidig samverkan med arbetsgivare, Försäkringskassan, Arbetsförmedling i sjukskrivningsprocessen och för inledande av arbetsrehabiliterande åtgärder.